

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1923

THÈSE

No 219

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

PRÉSENTÉE PAR

Jean GARDINIER

*Externe des Hôpitaux de Paris
Chevalier de la Légion d'Honneur
Décoré de la Croix de Guerre*

ETUDE

SUR LA

Leucomélanodermie du cou

Président : M. le Professeur JEANSELME

PARIS

JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, rue Racine, 15

—
1923

219

Digitized by the Internet Archive
in 2026

212

ETUDE

SUR LA

LEUCOMELANODERMIE DU COU

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DOYEN DE LA FACULTÉ : M. ROGER

Anatomie descriptive		MM.	NICOLAS.
Anatomie médico-chirurgicale			CUNEO.
Histologie			PRENANT.
Anatomie pathologique			LETULLE.
Chimie			DESGREZ.
Physique			André BROCA.
Parasitologie			BRUMPT.
Bactériologie			BEZANÇON.
Physiologie			RICHET.
Pathologie expérimentale			ROGER.
Pathologie et thérapeutique générales			Marcel LABBL.
Pathologie externe			LECENE.
Pathologie interne			RENON.
Pharmacologie			POUCHET.
Thérapeutique			CARNOT.
Opérations et appareils			Pierre DUVAL.
Hygiène			Léon BERNARD.
Médecine légale			BALTHAZARD.
Histoire de la médecine			MENÉTRIER.
Cliniques médicales	Hôtel-Dieu		GILBERT.
	Saint-Antoine		CHAUFFARD.
	Cochin		WIDAL.
Clinique thérapeutique	Beaujon		ACHARD.
	de la Pitié		VAQUEZ.
	Hôtel-Dieu		HARTMANN.
Clinique chirurgicale	Saint-Antoine		LEJARS.
	Cochin		DELBET.
	Salpêtrière		GOSSET.
Clinique obstétricale	Tarnier		BAR.
	Baudelocque		COUVELAIRE.
	Pitié		BRINDEAU.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques			JEANSELME.
— des maladies infectieuses			TEISSIER.
— des maladies nerveuses			P. MARIE.
— des maladies mentales			CLAUDE.
— infantile médicale			NOBECOURT.
— d'hygiène de la première enfance			MARFAN.
— infantile chirurgicale			Auguste BROCA.
— des voies urinaires			LEGUEU.
— gynécologique			FAURE.
— ophtalmologique			DE LAPERSONNE.
— oto-rino-laryngologique			SEBILEAU.
Physiologie appliquée à l'éducation physique			LANGLOIS, agrégé.
Stomatologie			FREYT (chargé de cours).

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.	DESMAREST.	LAIGNEL-LAVAST	PHILIBERT.
ABRAHAM.	DUVOIR.	LARDENNOIS.	RATHERY.
AGLAVE.	FIESSINGER.	LE LORIER.	RETTERER.
BASSET.	GARNIER.	LEMIERRE.	RIBIERRE.
BAUDOIN.	GOUGEROT.	LEREBoullet.	RICHAUD.
BLANCHETIÈRE.	GUENIOT.	LEQUEUX.	ROUSSY.
BRANCA.	GUILLAIN.	LERI.	ROUVIÈRE.
CAMUS (J.).	GUILLEMINOT.	LÉVY-SOLAL.	SCHWARTZ.
CHEVASSU.	GRÉGOIRE.	MATHIEU.	TANON.
CHAMPY.	HEITZ-BOYER.	METZGER.	TERRIEN.
CHIRAY.	JEANNIN.	MOCOÛOT.	TIFFENEAU.
CLERC.	JOYEUX.	MULON.	VILLARET.
DEBRÉ.	LABBÉ (H.).	OKINCZYC.	

Par délibération en date du 9 décembre 1898, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1923

THÈSE

N° _____

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

PRÉSENTÉE PAR

Jean GARDINIER

*Externe des Hôpitaux de Paris
Chevalier de la Légion d'Honneur
Décoré de la Croix de Guerre*

ETUDE

SUR LA

Leucomélanodermie du cou

Président : M. le Professeur JEANSELME

PARIS

JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, rue Racine, 15

1923

A MES PARENTS

En témoignage de ma reconnaissance et de ma profonde affection.

A MES FRERES,
SŒURS, BEAUX-FRERES, BELLES-SŒURS



A MON ONCLE
LE D^r SAINT-CENE

En remerciement des nombreuses preuves d'affection qu'il m'a données.

MEIS ET AMICIS

A MON MAITRE ET PRESIDENT DE THESE

Monsieur le Professeur JEANSELME.

*Professeur des maladies cutanées et syphilitiques de la
Faculté*

Médecin de l'Hôpital St-Louis.

Membre de l'Académie de Médecine

Officier de la Légion d'Honneur.

Hommage de ma profonde
reconnaissance

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

M. le Professeur QUÉNU externat	1914
M. le Docteur BERGÉ »	1919-1920
M. le Professeur JEANSELME »	1920-1921
M. le Professeur LÉON BERNARD »	1921-1922
M. le Docteur LION »	1922-1923
M. le Docteur HUDELO »	1922-1923
M. le Professeur LECÈNE »	1923
M. le Professeur agrégé GOUGEROT »	
Consultation du soir de l'Hôpital St-Antoine	1921-1923
M. le Professeur agrégé DEBRÉ	
Crèche de Laennec	1921-1922
M. le Docteur HALLOPEAU	
Antochir n° 15	1918

A M. le Docteur BURNIER

Chef de clinique de la Faculté

A M. le Docteur FERNET.

Médecin de St-Lazare.

A qui je dois l'idée de ce travail. Je le prie d'agréer l'expression de ma reconnaissance pour les conseils qu'il a bien voulu me donner.

INTRODUCTION

A la séance du 11 janvier 1923 à la Société de Dermatologie. MM Loriau-Jacob et Feinnet présentèrent un cas de parapsoriasis en gouttes avec leucodermie. A la suite de cette communication M. le Professeur Jeanselme fit observer que la valeur semeiologique de la leucodermie comme stigmate de la syphilis était très grande que toutefois il avait observé quatre cas de lepride pigmentaire impossible à distinguer objectivement de la syphilide pigmentaire, que dans tous ces cas, l'existence de la syphilis recherchée par tous les moyens d'investigation paraissait pouvoir être exclue.

M. Darier remarqua : « On tend à considérer de nos jours la pigmentation aréolaire du cou comme pathognomonique de la syphilis. Si elle est absente chez ces malades, il faudrait ajouter le parapsoriasis comme cause éventuelle de cette pigmentation ».

Nous avons recherché dans la littérature française et étrangère des exemples de semblable leucodermie.

HISTORIQUE

La Leucomélanodermie du cou a été décrite et mise en valeur pour la première fois par Hardy et Pillon.

Dans les ouvrages plus anciens on n'en trouve aucune mention nette. Cullerier semble y faire allusion lorsqu'il parle des nuances plus ou moins foncées que peuvent laisser la roséole », mais loin de mettre en relief leur valeur, il ajoute qu'elles ne suffisent pas pour en multiplier les variétés.

C'est dans le « Traité pratique et descriptif » des maladies de la Peau « de Hardy qu'on lit : « La syphilis pigmentaire n'avait jamais été bien indiquée lorsque je l'ai décrite pour la première fois en 1853. Depuis, Pillon interne des Hôpitaux en a fait une étude dans sa thèse. »

Et on trouve la description suivante « Comme cause d'une espèce d'éphélides toute particulière je signalerai l'infection syphilitique laquelle peut produire à la seconde période de la maladie des taches pigmentaires d'un gris clair, irrégulières de la dimension d'une pièce de cinquante centimes ou de deux francs, semées sur une partie de la peau décolorée et plus blanche que le reste du corps. Elles se développent principalement chez les femmes brunes à peau blanche. On les rencontre aussi chez quelques hommes d'un tempérament lym-

phatique présentant une peau blanche qui se rapproche de celle de la femme. On les trouve plus fréquemment au cou de manière à figurer une sorte de collier auquel j'ai donné familièrement le nom de « Collier de Vénus » On peut les rencontrer, mais beaucoup plus rarement, à la face, aux aisselles, aux aines, à la poitrine. Les Ephélides syphilitiques ne sont pas influencées par le traitement antisypilitique, elles persistent ordinairement un long espace de temps plusieurs mois ou même deux ou trois ans, mais finissent par s'effacer graduellement et par disparaître complètement.

Pillon en 1855 dans la Gaz. Hebd. de Méd. et de Chirurg. décrit « La syphilide maculeuse du cou » constituée par des marbrures créées ou de couleur café au lait, formant une sorte de réseau qui emprisonne dans ses mailles des points blancs « ce n'est ni une roséole, ni une trace de roséole, ce n'est pas une roséole modifiée par l'exposition à l'air, cela ne peut être assimilé ni à une syphilide maculée, ni à la syphilide exanthématique dite consécutive ».

Depuis la découverte de ce signe clinique important de nombreuses discussions se sont élevées parmi les dermatologistes jusqu'à ce jour.

Son existence, sa valeur clinique furent niées. Rollet de Lyon en 1865 refuse tout caractère spécifique évident au Collier de Vénus, il en attribue les taches au vitiligo ou au pytiriasis versicolor.

Didon en donne d'abord comme cause essentielle la chloro anémie « si fréquente chez la femme » — plus tard il est vrai, il écrit « je m'empresse de reconnaître

que cette coloration morbide est un vestige durable d'antécédents plus que suspects. »

Bazin en 1866 refuse d'en reconnaître la nature spécifique « pour cette raison assez singulière, écrit Hardy, que le mercure n'a pas d'influence sur cette manifestation. »

Fox et Taylor en 1877 la considèrent comme une mélanodermie cachectique, « un chloasma de denutrition générale sans valeur semeiologique ».

Kaposi en 1883 écrit que la leucodermie « n'est pas un produit spécifique de la syphilis mais un phénomène accidentel consécutif à l'inflammation locale occasionnée par la diathèse, en elle-même elle n'a que la signification des décolorations qui d'ordinaire partent d'infiltrats inflammatoires et néoplasiques en voie de résorption et de verrues pigmentaires. »

En 1894 Lewin dit que la Leucodermie se manifeste chez des personnes non entachées de syphilis et que par conséquent elle ne suffit pas pour instituer un traitement antisypilitique.

De 1880 à 1910 ce fut surtout la pathogénie de la leucomélanodermie qui intéressa les dermatologistes. Cherchons à exposer brièvement les opinions différentes des grandes écoles de dermatologie pendant cette période.

Neisser adopte le terme de « Leukoderma syphiliticum » classique encore aujourd'hui dans la littérature de langue allemande, et avec lui de nombreux cliniciens : Julien, Halsund, Cooper. « La Leukoderma syphiliticum est une anomalie pigmentaire constituée par des taches dépourvues de pigments, plus blanches que la

peau normale se détachant sur un fond normalement pigmenté, les taches blanches sont le reliquat in situ d'une éruption érythémato papuleuse, tandis que les taches foncées ne sont que le reste de la coloration brune du cou antérieure à la syphilis. « La leucodermie est donc la lésion essentielle de la syphilide pigmentaire pour eux.

En face de Neisser l'opinion de Fournier qui distingue 1^o une « syphilide maculeuse » avec une forme à lunules et une forme reticulaire; 2^o une leucomélanodermie.

Pour lui ces lésions sont le « type des pigmentations primitives que réalise la syphilis. Cette affection « naît pigmentaire comme elle doit le rester plus tard elle fait son invasion pour son propre compte sur une peau saine, indemne de toute éruption préalable.

Dans la syphilide pigmentaire la lésion essentielle est une mélanodermie, la « qualité vitiligineuse des ilots enclavés dans le réseau n'est qu'une erreur d'optique « de même qu'en peinture un ton noir fait valoir un ton clair avoisinant, de même ici par contraste les ilots blancs apparaissent plus blancs que normalement du fait de leur enclavement dans des tissus de coloration foncée. »

Dans la leucomélanodermie au contraire il y a des ilots décolorés au milieu de taches hyperchromiques. L'Étiologie pour Fournier n'est pas douteuse « c'est la signature de la vérole au cou de la malade. » Il la classe parmi les affections parasypilitiques. « La leucomélanodermie se traduisant par des lésions qui n'appartiennent pas exclusivement à la syphilis, et d'autre

part réfractaire aux modificateurs habituels des lésions syphilitiques, elle rentre à ce double titre dans le groupe des affections que j'ai décrites sous le nom de parasyphilitiques. »

Hallopeau, Leredde, Thibierge et son élève Hulleu, Delmas, admettent la leucodermie avec hyperpigmentation des parties voisines provenant du rejet du pigment à la périphérie.

En 1898, Danlos et Balzer présentent à la Société de Dermatologie des malades, ils admettent deux formes l'une primitive aréolaire, l'autre leucomélanodermie proprement dite, secondaire.

Enfin Gaucher, Milian et leurs élèves — (Roblin dans sa thèse) — n'admettent plus de syphilide pigmentaire primitive mais deux formes l'une la syphilide pigmentaire vraie, l'autre la leucomélanodermie post éruptive, l'une et l'autre sont consécutives à des lésions éruptives érythémateuses ou papuleuses du cou.

La syphilide pigmentaire vraie est consécutive à des roséoles formées par hyperhémie locale. « Lorsque la roséole sera aréolaire et formera des résilles à larges mailles, on aura in situ au fur et à mesure de sa transformation une pigmentation ocreuse circonscrivant des régions de peau saine, lorsqu'au contraire la roséole sera maculeuse, la syphilide pigmentaire montrera des taches ocreuses sur un fond de téguments blancs normaux. »

La Leucomélanodermie « péri et post papuleuse » apparaîtra au contraire après l'affaissement d'une papule par envahissement vers le centre d'un halo

blanchâtre péripapuleux, tandis qu'à la périphérie apparaît une hyperpigmentation — « Les taches blanches décolorées de dimensions variables, parfois d'apparence cicatricielle conservent le siège, la forme les dimensions de leurs lésions génératrices. »

Ce sont là les principales théories relatives à la pathogénie de la leucomelanoderme.

Certains auteurs lui ont recherché une origine nerveuse Unna, Fournier pensaient à la possibilité d'un trouble médullaire.

M. Ravaut en 1903 a étudié le liquide céphalo rach. de malades présentant de la leucoderme.

M. Darier a cherché pour les lésions non précédées d'éruption, si elles n'étaient pas reliées à la syphilis du sympathique.

Par analogie à la maladie d'Addison on a cherché à relier la mélanoderme à un trouble de la fonction des capsules surrénales. Rappelons que récemment M. Payenneville montra plusieurs malades présentant de la leucomélanoderme, en insistant sur l'Hypotension artérielle, la raie blanche de Sargent, l'asthénie profonde que présentaient ces malades.

On l'a rattaché à la Cholémie (Gilbert-Lereboullet) .
à une « dyscrasie sanguine », « une cachexie ».

De nombreux examens histologiques ont été faits en France et à l'Étranger : Tanturin, Patali, Hjelmman, Ehrmann, etc.

Balzer et Barcat ont étudié les rapports de la syphilide pigmentaire et de l'alopecie.

Mathéias en 1910 dans sa thèse inspirée par le Profes-

seur Jeanselme étudie le mode d'installation de la syphilis pigmentaire, les causes favorisant sa localisation au cou, aux aisselles. En outre il signale les roséoles, que M. Jeanselme a décrites sous le nom de « roséoles remontées » qui envahissent le cou, la nuque, le haut du thorax, laissant indemne le reste du corps, et qui succèdent à des chancres céphaliques, lèvres, joues, menton, gencives, et qui peuvent être l'origine de syphilides pigmentaires du cou.

La Valeur clinique et séméiologique de la leucomelanodermie du cou, nous l'avons vu, fut niée pendant longtemps par quelques auteurs. Puis elle fut considérée comme un stigmate de la syphilis acquise, par la grande majorité des dermatologistes.

Cependant Gaucher présenta en 1903 à la Société de Dermat, une fillette de 13 ans Heredo syphilitique n'ayant aucun signe de syphilis acquise et présentant une leucomélanodermie du cou.

Rille en 1898 présente à la Wien-Derm-Gesell une enfant de 18 mois ayant une leucomelanodermie syphilitique généralisée.

M. Gougerot en 1921 à la Société Médicale des Hôpitaux fait une communication sur les « Hypo et Hyperchromies syphiloïdes post lésionnelles du cou, » et présente deux jeunes femmes non syphilitiques, ayant une leucomelanodermie du cou consécutive à des lésions d'eczéma seborrhéïque.

Le Professeur Jeanselme a présenté dans ses leçons cliniques les observations de quatre malades ayant des léprides pigmentaires du cou impossibles à distinguer

par la vue des syphilides pigmentaires : même coloration, même aspect réticulé mais dans ces cas le diagnostic avait été fait cliniquement à cause des troubles de la sensibilité locale, et parce que ces taches descendant sur le thorax y formaient des aires dépigmentées de plus en plus grandes dimensions et graduellement, la lépride pigmentaire se transformait en « vitiligo gravior », manifestation fréquente dans la maladie de Hansen.

Enfin nous rappellerons seulement les observations de leucomelanodermie du cou chez les chlorotiques, les tuberculeux, les cachectiques, les malades atteints de phtiriasse, etc. observations toutes anciennes et qui datent d'une époque où n'existaient pas les moyens d'investigations que nous possédons pour dépister la syphilis.

DESCRIPTION

Définition. — La leucomelanodermie est une dyschromie caractérisée cliniquement par une hyperpigmentation se présentant sous forme de réseau ou de nappes enclavant des îlots circonscrits de peau blanche.

Fréquence. — Pilon la signalait dans 28 % des syphilis Gaucher dans 14,75 % des cas.

Récemment des auteurs allemands ont donné les chiffres suivants :

Brandewenier 23 % des cas de syphilis chez la femme, et 2,50 % chez l'homme.

Rille 65 % chez la femme, 4 % chez l'homme.

Neisser 45 % chez la femme, 4 % chez l'homme.

La fréquence beaucoup plus grande chez la femme est admise par tous les auteurs, de même que la plus grande fréquence chez les individus de carnation brune.

On peut distinguer deux formes : l'une la leucodermie proprement dite, l'autre la « syphilide pigmentaire vraie ».

La « syphilide pigmentaire » apparaît du 4^e au 12^e mois de l'infection syphilitique.

Dans son aspect complet elle est constituée par un réseau à bords diffus, « une sorte de dentelle à larges mailles dont la trame est formée par des marbrures hyperchromiques et les mailles par des îlots de téguments restés sains : c'est alors la forme réticulaire. Mais parfois

on voit sur un fond hyperpigmenté uniforme dix, vingt, trente taches plus claires, disséminées ; des macules à bords mal distincts, estompés, le plus souvent ovalaires de deux ou trois millimètres de diamètre : c'est la forme à lumules, moins fréquente.

Le plus souvent dit Fournier les marbrures ont le ton de « la crasse » et « rappellent tout à fait le cou sale des sujets pour qui les ablutions sont un luxe inusité » Sabouraud dit : « Le tout ressemble assez à ce que serait un lavis mal fait à l'encre de chine diluée.

Le siège. — C'est le plus souvent le cou, elle est symétrique et circulaire, elle entoure le cou comme le ferait un collier, ou une cravate, d'où le nom de « Collier de Vénus » donné par Hardy. Quelquefois elle se limite aux parties latérales exclusivement. Elle n'enyahit pas la face, dépasse rarement le bord supérieur des clavicles en bas. Contrairement aux affirmations de Vidal, elle ne s'accompagne d'aucun trouble de la sensibilité locale, d'aucune desquamation.

La « forme leucomelanodermique péri » et « post papuleuse » se montrerait dès le troisième ou le quatrième mois de l'infection. Son aspect est celui de plaques claires assez bien délimitées rondes ou ovalaires, disséminées sur un fond de peau sombre, soit normal, soit hyperchromique. La lésion a un aspect variable suivant le nombre et les dimensions des taches leucodermiques, quelquefois de la grosseur d'une tête d'épingle, quelquefois atteignant la largeur d'une pièce de cinquante centimes.

Parfois il n'y a que de rares plaques assez distantes les unes des autres, d'autres fois elles sont si rapprochées

qu'il n'y a plus entre elles qu'un réseau délicat de lignes brunes. Les taches claires ont une délimitation plus nette que dans la forme précédente, leur aspect leucodermique semble plus tranché, le plus souvent lisses et uniformes elles ont parfois un aspect plissé cicatriciel. On ne trouve à leur niveau aucun trouble sensitif aucune desquamation.

La lésion est parfois accompagnée de vestiges d'éléments papulo érythémateux.

Son siège d'élection est le même que dans la première forme c'est-à-dire la nuque, la région cervicale, mais on peut la voir entre les épaules, aux aisselles, sur la région lombaire, sur la face interne des cuisses, des bras.

Histologiquement. — Dans la première forme l'îlot blanc présente une coupe et une pigmentation normales. Dans la zone hyperpigmentée la lésion est surtout dermique; l'Epiderme, des cellules cylindriques à la couche cornée est très pigmenté.

Dans le derme il y a une altération notable des capillaires : épaissement de l'endothélium, endartérite thrombose autour de laquelle on trouve une pigmentation abondante, une partie est intra, l'autre extra cellulaire. Dans la couche sous papillaire : thrombose des vaisseaux dans la profondeur du derme, mais sans pigmentation.

Dans la deuxième forme : Dans les taches hyperpigmentées on ne constate en fait de lésions qu'une accumulation abondante de pigments distribués autour des vaisseaux oblitérés : couche de Malpighi plus

épaisse que normalement papilles déprimées, amincies, épaississement des tuniques des artérioles et des veinules avec prédominance de tissu fibreux. Pigmentation périvasculaire. Dans les taches blanches : Absence de la couche transp. de Malpighi. Absence de quelques rangs de cellules aplaties. Les noyaux perdent la faculté de s'imprégner. Absence de pigments dans la couche des cellules cylindriques. Oblitération vasculaire au centre de la tache. L'Epiderme est donc aminci, atrophié, le derme est le siège d'artérite et de thrombose.

L'Evolution. — La lésion se constitue en six à sept semaines.

« Cette dernière forme perd avec le temps les caractères qui la faisaient différencier de la « syphilide pigmentaire vraie. » Après un temps variable les îlots achromiques reprennent leur pigment, leur élasticité, ils s'accroissent, leur épaisseur augmente pour se mettre au niveau des parties de la peau environnante. »

« De sorte qu'il est possible que par une réfection complète des tissus la leucomelanodermie péri et post éruptive prenne à une période avancée de son évolution tous les caractères de la forme aréolaire pure. »

Il y a donc unification dans les deux formes de leucomelanodermie après qu'elles ont évolué séparément pour leur propre compte.

LA LEUCOMELANODERMIE SYPHILOÏDE, NON SYPHILITIQUE DANS LE PARAPSORIASIS

Les Parapsoriasis sont des dermatoses, groupées par M. Brocq en 1902, à cause de leurs signes morphologiques communs : taches érythémato squameuses, évoluant lentement, résistant aux traitements locaux, ne s'accompagnant ni de prurit, ni de troubles de la santé générale. Il en a décrit 3 types.

Le parapsoriasis en gouttes : les taches couleur rose ou rouge brunâtre, de la grosseur d'une lentille sont semées sur la peau : très rarement à la face, le plus souvent sur le tronc ou sur les membres. Elles sont recouvertes d'une squame sèche adhérente, en pain à cacheter », donnent par le grattage méthodique un piqueté purpurique. Elles sont peu infiltrées et quelquefois difficiles à distinguer objectivement des syphilides papulo squameuses en résolution, mais histologiquement le processus est plus superficiel : œdème et congestion du corps papillaire, manchons périvasculaires composés surtout de lymphocytes, épiderme malpighien plutôt atrophique, points de parakératose.

Le parapsoriasis lichenoïde décrit avec la première forme par les auteurs allemands sous le nom commun de pityriasis lichenoïdes chronica et dont les éléments

sont plus papuleux, plus infiltrés, moins squameux, et d'aspect souvent un peu brillant.

Le parapsoriasis en plaques dont les taches ovalaires ont de 2 à 6 cm de diamètre, disséminées sur le tronc ou les membres, roses ou rouges bistres, peu ou pas squameuses, non infiltrées, non prurigineuses, c'est la lésion décrite autrefois sous le « nom d'érythrodermie pityriasique en plaques disséminées ».

On a tendance aujourd'hui à considérer comme pathognomonique de la syphilis la leucomelanoderme avec aspect réticulaire plus particulièrement localisée dans la région cervicale. Des observations ont montré que cet aspect, cette localisation de prédilection se voient dans le parapsoriasis.

L'observation la plus récente est celle du malade de M. Fernet.

Cas de Fernet :

Jeune homme de 15 ans, chez qui l'affection cutanée a débuté il y a 5 ou 6 ans, sans changer de caractère depuis ce temps, malgré les traitements locaux et généraux qui ont été suivis. Les lésions siègent sur les membres supérieurs et inférieurs sont un peu plus disséminées sur le cou, et sur le tronc, respectent la face et les extrémités, elles ont nettement les caractères du parapsoriasis en gouttes. Éléments papuleux et papulo squameux, sans infiltration notable du derme, variant comme teinte du rose un peu bistre au rouge brunâtre. Squames sèches peu visibles à l'état normal, mais aspect blanc nacré par le grattage méthodique. Squame extrê-

mement adhérente intimement collée aux parties sous jacentes. Pas de pellicule décollable ni de surface rouge, luisante comme dans le psoriasis. A la périphérie apparaît un piqueté punctiforme purpurique qui ne s'efface pas à la pression. A côté de cette éruption à squames adhérentes on voit d'autres éléments squameux faciles à détacher d'une seule pièce par le grattage méthodique, c'est la variété à squames sèches en pain à cacheter de Brocq. Cette éruption s'accompagne de taches de leucodermie et de leucomelanodermie nettement visibles sur le cou, avec d'autres taches au niveau des aisselles, sur les avant bras, sur les cuisses.

Les éléments sont formés de taches achromiques de configuration un peu irrégulière de la grosseur d'une lentille, entourées d'un fin liseré hyperchromique. Le malade présente quelques stigmates d'Heredsyphilis : leucôme de la cornée, malformations craniennes, voûte ogivale, tubercule de carabelli ; il est issu d'une grossesse gemellaire, son jumeau mort à quelques semaines. L'interrogatoire ne donne rien dans les antécédents héréditaires et collatéraux. En outre pas de syphilis acquise et réactions de Hecht, Wassermann, Desmoulières totalement négatives.

L'examen histologique permet de confirmer le diagnostic de parapsoriasis en gouttes.

Une autre observation est celle de Scherber :

Cas de Scherber :

Jeune homme de 17 ans, grand fort entré dans le service un an $\frac{1}{2}$ auparavant pour psoriasis vulgaire généralisé, complètement guéri après traitement arse-

nical. Présentait à son entrée les lésions suivantes datant de six semaines : sur le tronc, et particulièrement sur les faces latérales du thorax, sur la face interne des bras, une eruption composée de papules et de macules des papules de la grosseur d'une tête d'épingle, superficielles, roses ou rouge vif, entourées d'une tache ronde ou ovale, rouge brun ou saumonée recouvertes par une fine squame. Le diagnostic de parapsoriasis ne fait pas de doute.

Dans la suite on observa que certaines taches prenaient une coloration brune, violette, devenant semblables à des « taches bleues ». Dans les deux dernières semaines, apparition par poussées, d'efflorescences nouvelles sur le tronc, sur les mains, même à la face palmaire, rougeurs de la dimension d'une lentille. Sur le dos du pied et de la main petites telangiectasies punctiformes hémorragiques. Quelques éléments de psoriasis vrai apparaissent sur la jambe et le coude, mais sont facilement différenciés cliniquement.

Des éléments de pityriasis lichenoïdes chronica typiques se fanant, on vit à leur place, sur le cou dont la peau était plus pigmentée que le reste du corps, apparaître nettement les taches de leucodermie. Le malade n'avait reçu aucun traitement interne ou externe. Le Wassermann était négatif.

L'Examen clinique détaillé ne montra rien d'important. Il n'y eut aucune réaction locale ou générale à la tuberculine, la formule sanguine était normale.

Cas de Almkurst :

Homme de 26 ans — venu le 3 avril 1920 à cause

d'une éruption apparue trois mois auparavant. Le malade croyait être syphilitique parce qu'un de ses amis qui avait eu la syphilis et qui « à cause de cela s'y connaissait dans cette maladie » en avait posé le diagnostic. A l'examen clinique : exanthème assez marquée avec efflorescences disséminées aux extrémités, papules variant de la grosseur d'une tête d'épingle à la dimension d'une lentille, de couleur rouge foncé, nettement limitées, et pour la plupart plus ou moins squameuses — aucun signe subjectif. Au premier abord aspect syphiloïde, mais petites squames et efflorescences de tailles différentes. Pour obtenir une certitude on fit une biopsie. L'examen histologique montra des lésions nettes de parapsoriasis — Wassermann complètement négatif — examen confirmé le 5 avril, le 25 mai, le 17 août. — Traitement au savon soufré naphtolé sans résultat.

Le 17 août : Le malade se présente de nouveau, mais son état a changé : Il avait remarqué lui-même pendant son séjour hors de Stockholm du 10 au 24 juin où il avait pris des bains de soleil quotidiens que l'érythème avait disparu, et qu'à sa place étaient apparues de petites taches blanches. A l'examen clinique : l'exanthème antérieur a disparu, la peau par suite des nombreux bains de soleil a pris un ton brun sur lequel ressortent nettement les taches dépigmentées disséminées. On les voit surtout au tronc, au cou, où la peau est plus brune qu'aux extrémités, cet aspect est très net encore sur les côtés du thorax. Ces taches sont disséminées comme les efflorescences de l'érythème primitif et aussi

denses. Elles font l'impression d'avoir pris leur place, elles paraissent un peu plus grosses qu'elles mais de même forme. Le patient refuse une nouvelle biopsie.

En dehors de ces taches leucodermiques quelques efflorescences de la grosseur d'une tête d'épingle ou un peu plus grosses. Au dire du malade elles sont apparues en juillet, elles sont pour la plupart entre les taches blanches, ici et là cependant au centre d'une tache.

Le malade n'ayant pas le temps de suivre un traitement de bains de lumière, on lui prescrivit de l'arsenic sous forme de pilules jusqu'au 11 octobre. A ce moment il consent à essayer le traitement par la lumière.

Le 4 novembre : L'Éruption a encore diminué, les taches leucodermiques apparaissent plus nettement, et se voient sur la cuisse. Le 6 décembre la leucodermie est encore plus nette — l'éruption a presque disparu.

Cas de Zurhelle :

Jeune homme de 13 ans — sans antécédents héréditaires ou personnels à relever : Alors qu'il était en parfaite santé, il vit apparaître trois mois avant son entrée, une éruption non prurigineuse, ayant débuté au cou — puis ayant envahi la poitrine, puis tout le corps. A l'examen il présente une éruption typique de parapsoriasis en gouttes : efflorescences séparées de la grosseur d'une lentille, recouvertes d'une squame légèrement adhérente, papules isolées rouge frais ou brun. Les extrémités, le tronc, étaient atteints, la face était libre. Sur les paupières supérieures, quelques petites papules. En dehors de cela leucodermie très évidente formée par des taches rondes un peu irréguli-

lières de la dimension moyenne d'une lentille, disséminées sur le cou, descendant sur la poitrine, jusqu'en avant à la région épigastrique.

Sur la paroi antérieure du creux de l'aisselle taches leucodermiques sur un fond pigmenté, leucodermie évidente encore sur le coude et les épaules. Aucun trouble de la sensibilité.

Les parents du malade signalèrent que les taches blanches avaient comme les efflorescences fait leur apparition sur le cou d'abord.

Malade revu un mois plus tard : Les efflorescences avaient disparu, la leucodermie était très apparente. Les Examens de laboratoire ont donné un Wassermann négatif. La formule sanguine ne présentait rien d'anormal, ni sucre ni albumine dans les urines. Le malade s'étant plaint de points douloureux au sommet gauche fut ausculté, radioscopé, ses crachats analysés, on ne trouva aucune lésion.

Cas de Sato :

Jeune fille de 17 ans, vierge, sans antécédents syphilitiques ou tuberculeux, présente depuis 5 mois des taches rouges sur la poitrine et sur le ventre. Plus récemment a remarqué des taches claires et brunes sur le cou. Examen clinique : sur les 2 joues petites taches minuscules, très légèrement squameuses, un peu surélevées et infiltrées. Lichenification légère. Conjonctives et muqueuses intactes.

Au cou, particulièrement à la nuque des pigmentations frappantes. Il y a un grand nombre de petites taches depigmentées nettement limitées, dimension

· moyenne d'une lentille. La peau est nettement plus claire en ce point qu'au pourtour taches rondes, un peu irrégulières de forme. Le passage à la zone environnante est tantôt nettement tranché, tantôt le plus souvent insensible. La peau entre ces taches est brune, pigmentée, parfois nettement hyperpigmentée, cette mélanodermie est confluyente d'une tache à l'autre et dessine un véritable réseau. L'apparence du cou est absolument celle d'une « Leukoderma syphiliticum typique ». En dehors de ces places hyper- et dépigmentées, on trouve sur le cou une série de taches irrégulièrement disséminées, quelques unes légèrement surélevées, et sur lesquelles la peau est manifestement rouge. Sur le tronc exanthème avec efflorescences disséminées. Sur les épaules et les parties latérales du tronc dyschromie qui rappelle encore la « Leukoderma syphiliticum » très exactement. Sur les faces d'extension des coudes : là encore leucodermie. L'examen histologique montre des lésions nettes de parapsoriasis. Wassermann négatif — Formule sanguine normale. — L'examen clinique détaillé ne révèle aucune autre affection.

La malade revue 4 mois plus tard présente le même aspect : La leucodermie de la nuque est encore très nette, la peau autour des taches blanches a un aspect réticulaire hyperpigmenté, sur les omoplates encore, il y a un réseau hyperpigmenté, emprisonnant des taches claires nettes, leucodermiques.

Cas de Michelson :

Femme de ménage — 20 ans — non mariée. Vue le 4 août 1920. Rien à relever dans ses antécédents

héréditaires ou personnels. Son affection cutanée aurait commencé il y a 5 mois : Éruption ayant débuté aux bras, envahi l'aisselle, le coude, la poitrine, les cuisses, la nuque. Aucun signe subjectif.

A l'examen éruption papuleuse assez diffuse, sur la nuque, les épaules, la région moyenne des cuisses, les avant-bras. Les papules sont disposées de telle sorte qu'on a l'impression d'un filet à grosses mailles appliqué sur la peau. Wassermam, négatif.

La malade est revue 6 mois plus tard : Éruption plus intense. A la face, papules minuscules.

Au cou : Le signe frappant est une leucodermie à taches nombreuses, variant de la dimension d'une lentille à celle d'une pièce de 0f. 50, de contour ovale, ou rond à bordure un peu irrégulière, s'étendant jusqu'aux cheveux. La couleur des places dépigmentées est plus claire que celle de la peau normale. La surface est douce et paraît de texture normale.

La peau entre les taches leucodermiques est nettement hyperpigmentée : on a l'aspect d'un filet pigmenté renfermant des îlots de mailles irrégulières. Au premier abord c'est l'aspect net d'une « leukoderma syphiliticum ». Mêmes îlots entourés de peau hyperpigmentée sur le tronc. Aux membres supérieurs, aspect de leucodermie syphilitique typique aux deux régions antibrachiales. Éruption sur la partie moyenne des cuisses : La couleur prédominante est le brun seborrheique. Les papules isolées de la grosseur d'une tête d'épingle légèrement infiltrées, mal limitées, laissent une tache comme de la poussière après grattage, sans pointillé de serum ou d'hémorrhagie.

L'examen histologique a été fait sur 3 pièces prélevées deux sur des éléments éruptifs, la 3^e sur un point leucodermique. L'altération frappante était l'œdème épidermique avec amincissement net du stratum granulosum. État de parakeratose, pas d'acanthose marquée.

Léger degré d'infiltration dans la couche papillaire. Espaces lymphatiques dilatés. Pas d'altération des capillaires. L'infiltration était presque entièrement composée de lymphocytes — Pas de changements dans les glandes ou canaux sudoripares ou pilosébacés. Pas d'altération des couches profondes.

Évolution : Le processus fut nettement chronique de mois en mois jusqu'en avril 1922, on ne nota que peu de changement, des points leucodermiques devinrent plus grands, l'éruption fut plus apparente à certains moments.

L'Étude sérologique fut plutôt curieuse : Le 1^{er} Wassermann, le 5 août 1920 fut négatif. Trois réactions les 2, 19, 23 août furent positives, et sans aucun traitement les réactions redevinrent négatives en novembre 1920, de même que 5 réactions faites de février à avril 1922.

Cas de Sachs :

Enfant de 8 ans présentant sur la peau du tronc, sur les membres et dans la région inguinale une éruption présentant les caractères du pityriasis lich. chron. constitué par des taches et des papules un peu lichenifiées de couleur saumonée, Wasserm. négatif, muqueuses intactes pas d'adenopathies. Sur le cou une leucomelanodermie nette d'allure syphiloïde.

Enfin citons d'autres observations : La plus ancienne : celle de Arndt, chez une jeune fille de 24 ans dont l'éruption datait de 8 mois, une leucodermie typique s'était développée sur la nuque. Oppenheim en 1921 eut une malade âgée de 27 ans présentant une éruption étendue, papuleuse et maculeuse, légèrement squameuse avec des taches leucodermiques par places, ces taches étaient localisées à la nuque, envahissaient le dos, les membres inférieurs : A une certaine distance cette dyschromie offrait un aspect réticulaire net. — Muqueuses indemnes — Pas d'adénopathies ; Wasserm négatifs dans le sang et le liquide cephalo-rachidien. La malade fut présentée à la Wien. Derm. Gesell. où on étiqueta son cas pityriasis lichenoïde chronique avec leucodermie et atrophie idiopathique de la peau.

D'autres cas ont été observés par Kren, qui vit une leucodermie de la nuque chez une malade de 32 ans atteinte de pityr. lich. chron. — et plus tard chez une petite fille de 6 ans ayant un parapsoriasis de la face, du tronc, des bras, avec leucomelanodermie de la nuque et des joues.

L'observation de Standberg concerne une fillette de 7 ans atteinte de parapsoriasis depuis 2 ans — Une leucodermie s'était graduellement développée sur la nuque et les épaules ressemblant exactement à une leucodermie syphilitique, toutes les recherches faites ne montrèrent aucune spécificité ni chez l'enfant, ni chez les parents, Almkurst qui discuta ce cas au Congrès de dermatologie de Stockholm fit remarquer la grande ressemblance avec la leucodermie syphilitique.

Discussion

Toutes ces observations signalent la leucodermie en dehors de toute syphilis chez des malades atteints de parapsoriasis.

En lisant les commentaires des auteurs on remarque que tous signalent la grande ressemblance de cette lésion avec la leucodermie syphilitique, et notent l'absence de stigmates spécifiques chez leurs malades.

Sato dit que dans son cas le diagnostic de syphilis avait été posé avant lui, que de telles manifestations ont été peu observées jusqu'à présent, et qu'on fera bien de porter plus d'attention dans l'avenir sur l'origine de cette leucodermie.

Zurhelle publie son cas à cause de la difficulté du diagnostic de cette lésion avec la leucodermie syphilitique si fréquente.

Quels caractères différentiels peut-on trouver à l'examen du malade ?

La pathogénie de la lésion n'est pas douteuse : tous les auteurs qui ont pu suivre son évolution signalent sa naissance après la disparition de la papule ou de la macule de parapsoriasis, Scherber : « c'est après le déclin complet des éléments isolés typiques des macules du pityr. lich, chron. qu'apparurent nettement les taches de leucodermie sur la peau du cou, plus pigmentée et plus sombre qu'à l'état normal. »

Almkvist dit que les taches leucodermiques lui firent l'impression de prendre la place des efflorescences, un peu plus larges que celles-ci mais de même forme.

Enfin M. Fernet signale que chez son malade sur un

élément du cou punctiforme mais très nettement squameux on constate nettement un halo dépigmenté.

C'est donc une forme semblable à celle de la leucomelanodermie syphilitique peri et postpapuleuse que reproduit le parapsoriasis.

D'après les observations que nous possédons, la leucodermie syphiloïde du parapsoriasis serait plus fréquente chez la femme que chez l'homme, les individus étaient toujours jeunes, et plusieurs même étaient des enfants.

Les malades de Arndt — Sato — Stanberg — Openheim — Michelson — Kren étaient des femmes et âgées de 24, 17, 7, 27, 20, 6 et 32 ans.

Les malades de Fernet Schebber-Zurhelle étaient des jeunes gens de 15, 17, 13 ans:

Le Siège : La leucodermie du cou ou de la nuque a été notée dans tous les cas ; comme dans la syphilis elle semble y avoir son siège de prédilection. Elle y était uniquement localisée chez les malades de Scherber — Arndt — Sachs — chez celles de Sato et Stanberg, l'intensité était plus grande au cou, à la nuque mais la lésion s'étendait sur les épaules, les parties latérales du tronc ; Almkvist l'a signalée sur le cou, le tronc, les cuisses, Zurhelle à la poitrine, à la paroi antérieure de l'aisselle, du coude. Le malade de Fernet en présentait aux bras, aux aisselles, aux avant-bras, aux cuisses.

L'aspect des lésions : Sato dit que l'image est à confondre avec celle d'une leucoderma syphiliticum. »

Cependant nous devons noter que les taches dépigmentées n'ont pas la même régularité et la même netteté

que celles de la leucomelanodermie syphilitique, les éléments leucodermiques sont ronds ou ovales, un peu irréguliers souvent de grandeur différente, et parfois un peu flous, estompés; l'hyperpigmentation de voisinage paraît être d'intensité un peu différente suivant les cas.

Comme dans la syphilis cette lésion ne s'accompagne d'aucun signe fonctionnel : pas de prurit, pas de troubles de la sensibilité, mais au contraire de la syphilis on ne trouve avec son évolution aucune adénopathie, aucun trouble de la santé générale.

L'évolution de la leucodermie du parapsoriasis ne peut être établie d'après les observations que nous possédons cependant il s'agit d'une lésion durable : Le malade de Michelson a été suivi un an $\frac{1}{2}$, celle de Sato et celui de Fernet 4 mois sans changement notable.

Mais avec ces nuances d'aspect il est difficile d'établir un diagnostic ferme, étant donnée en outre, la ressemblance fréquente du parapsoriasis et des syphilides papuleuses, il faudra le secours de l'anamnèse, de l'examen clinique détaillé, la recherche notamment des adénopathies, l'étude histologique des lésions erythémateuses de voisinage, le grattage méthodique à la curette magistralement décrit par M. Brocq, les examens serologiques pour permettre de rejeter la syphilis.

CONCLUSIONS

La leucomelanodermie du cou a été considérée comme un signe appartenant en propre à la syphilis mais des observations françaises et étrangères montrent la possibilité de sa production dans d'autres cas.

L'aspect de syphilides pigmentaires a pu être réalisé au cou par des leprides pigmentaires.

Dans le parapsoriasis, la leucomelanodermie présente un caractère syphiloïde net, affirmé par les auteurs qui en ont observé des cas, elle nécessite un examen clinique complet et détaillé, des épreuves sérologiques pour en éliminer la nature syphilitique.

La leucomelanodermie du cou, si elle ne peut pas être considérée comme un stigmate essentiel de la Syphilis, reste un signe de la plus haute valeur clinique par son extrême fréquence dans cette maladie, sa rareté dans les autres cas.

Vu le Doyen,

ROGER.

Vu le Président de la thèse,

JEANSELME.

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris

APPELL

BIBLIOGRAPHIE

- ADAMSON. — Multiple scars simulating leucoderma syphiliticum. Proceedings of the Roy St^e of Med. of London. Derm. sect. 21 oct. 1909.
- ALMKWIST. — A case of pytiriasis lichenoides chronica with pigment spots after the Papules. Meeting. Stockholm Dermat. soc. 13 oct. 1920.
- ALMKWIST. — Ein fall von leukoderma bei pityriasis lichenoides chronica. Dermat. Woch. mars 1922.
- ARNDT. — Uber Brocqsche Krankheit. Arch. fur Dermat. u. Syphiligr. Bd. 100, 1910.
- BARCAT. — Thèse Paris 1901.
- BALZER, FAURE-BEAULIEU. — Macules atrophiques post papuleuses. Annales Derm. 1903.
- BUSCHKE et EICHORN. — Uber den einfluss des Lichts auf Leukoderma syphiliticum. Derm. Zeit. févr. 1911, v. 109.
- BLUMENFELD. — Zur Kenntnis des Leukoderma psoriaticum. A für Derm. mai 1909.
- CAILLAT. — La Syphilide pigmentaire dans la syphilis de l'enfant. Thèse Paris 1903.
- CIVATTE. — Thèse Paris 1906.
- CROUZON-DE BRUN. — Leucomelanodermie syphilitique chez une femme enceinte tuberculeuse. Bull. Mem. St^e Med. Hop. Paris, 17 juin 1921.
- DELMAS. — Contribut. à l'étude de la syphilide pigmentaire du cou. Thèse Paris à 904.
- DANLOS. — Syphilis Héréditaire tardive et Syphilide pigmentaire. Arch. d. dermat. 1905, p. 85.
- DUBREUILH. — Leucomelanodermie syphilitique. Journ. de Med. de Bordeaux 1901. 1^{or} déc.

- FOURNIER. — Traité de la Syphilis.
- FOURNIER. — La Leucomelanodermie syphilitique. Bull. S^{te} Franc. Dermat 1893, p. 740.
- FOURNIER. — Les Affections parasyphilitiques. Paris 1894.
- FREYMAN. — Beitrag zur Kenntnis des Leukoderma syphiliticum. Dermat. Woch 1922. p. 33.
- GILBERT-LEREBoullet. — Leucomelanodermies biliaires. S^{te} Med. Hop. Paris, mai 1903.
- GAUCHER MILIAN. — Leucodermie syphilitique post et peripapuleuse. Ad. Derm. mars 1903.
- GAUCHER. — Pathogénie des pigmentat du cou de la syphilis. Gaz Hop. juin 1906.
- GROS. — Les pigmentations dans la syphilis et leurs rapports avec le vitiligo. Thèse Paris 1912.
- GOLD REISS. — Über das Verhalten der Leukoderma syphiliticum gegenüber des Blosschen Dopa Reaction. W. Klin Woch. 1922, p. 103.
- GOUGEROT. — Les fausses leucomelanodermies syphilitiques du cou ou hypo et hyperchromies syphiloïdes post-lesionnelles. Bull et Mem. S^{te} Med. H. Paris, oct. 1921.
- HARDY. — Traité pratique et descriptif des maladies de la peau.
- HUDELO et CAILLAU. — Erythème pigmenté en plaques atrophiant et sclerodermisant chez un syphilitique. Bull. S^{te} Franc. Derm. 1921, p. 375.
- HALLOPEAU et JEANSELME. — Bull de la S^{te} Franc. dermat 1893. p. 147.
- JEANSELME. — La Syphilis pigmentaire. Journ. des Praticiens. 1921, p. 595.
- KREN. — Pityriasis lichenoides chronica. Dermat. Voch 1922.
- KREN. — Schefferin mit pityriasis lichenoides chronica. Arch. fur Dermat und Syph. 1917.
- KONIGSTEIN. — Zur Klinik des Leukoderma Syphiliticum und der alopecia syphilitica. Wien. Med. Woch. 1920, p. 1351.
- LORTAT JACOB et FERNET. — Bull. S^{te} Franc. Dermat. n° 1. 1923.
- LEVY FRANKEL-JUSTER. — La Syphilis du grand sympathique. Annales des maladies vénériennes. janvier 1923.

- MILIAN. — La Syphilide pigmentaire. Bull et Mem. St^e Med. Hop. Paris. 28 oct. 1921, p. 1383.
- MICHELSON. — Leukoderma in Pityriasis lichenoides chron. Arch. of Dermat and Syph. sept. 1922.
- MATHEIAS. — De la Syphilis pigmentaire. Thèse Paris 1910.
- MAC KEE. — Lepra maculosa. J. Cut. Diseases 1919. (p. 132.
- OPPENHEIM. — Lues recens oder pityriasis lichenoides chronica mit atrophica cutis idiopathica progressiva. Meeting Vienne. Dermat. Soc. 20 sep. 1921.
- PAYENNEVILLE. — La Syphilide pigmentaire. Congrès Dermat Paris, 6 juin 1922.
- ROBLIN. — Thèse Paris 1907.
- RAVAUT. — Le liquide cephalo rachidien chez les Syphilitiques Annales Dermat, 1903.
- SCHERBER. — Fall von pityriasis lichenoides chronica. Arch. fur Dermat und syph. 1917.
- SACHO OTTO. — Zur path. und. thérapie der pityriasis lichenoides chronica Wien Med. Woch. 1920 p. 1176.
- SATO. — Uber Leukoderma bei parapsoriasis. Dermat Woch. sept. 1921.
- STANDBERG. — Cas de parapsoriasis. Meeting Stockholm Dermat. Soc. nov. 1920. — in Acta Dermatol, 1921.
- SABOURAUD. — Dermatologie topographique.
- THIBIERGE ET STIASSNIE. — Pigmentations cutanées consécutives à des syph. secondaires. Bull. Sté Derm. et Syphilig. 1920, p. 70.
-

